

Expertos Invitados

PREVALENCIA DE ASMA EN LA POBLACION ADOLESCENTE



Columnista Experta de SIIC
Dra. Fabré Ortiz D

Jefa del Servicio de Alergia Profesora auxiliar de Pediatría de la Facultad de Medicina Finlay - Albarran. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Secretaria de la Sociedad Cubana de Alergología, La Habana, Cuba

Introducción

Las enfermedades alérgicas, y en particular el asma, constituyen un problema creciente de salud mundial, dado por la prevalencia, la morbilidad, el costo socioeconómico y el sufrimiento que motiva. Los años de vida ajustados por discapacidad son considerados en 15 millones por año, indicador que refleja la magnitud de la prevalencia y la gravedad de la dolencia. También es estimada la enfermedad crónica más frecuente y que motiva más hospitalizaciones en niños y adultos. Su incremento se asocia, entre otros factores, con la urbanización, la adopción de estilos de vida occidentales y un aumento de la sensibilización atópica. Las características del asma y sus causas han sido objeto de análisis durante muchos años. Las grandes variaciones de sus indicadores epidemiológicos en los diferentes países y en el tiempo han promovido múltiples hipótesis y trabajos en busca de los factores que justifiquen estos cambios, sin que haya una explicación satisfactoria para muchos de ellos.

El hecho de que no exista un solo criterio de la enfermedad y que no se cuente con una prueba única que permita hacer el diagnóstico, contribuye a las grandes diferencias de las prevalencias, dificultades en el diagnóstico y al tratamiento inadecuado.

Como parte de la estrategia para solucionar los problemas arriba mencionados, se requiere que los sistemas de salud pública reconozcan la prioridad de esta enfermedad como problema de salud y se le asignen los recursos necesarios; adaptar y aplicar las guías *Global Initiative for Asthma* (GINA) a los diferentes países según las características locales, enfatizando en extender el tratamiento de los esteroides inhalados como terapéutica básica del asma persistente; incrementar los estudios epidemiológicos relacionados con prevalencia, morbilidad, mortalidad, agentes causales y la repercusión socioeconómica del asma; introducir medicamentos de probada efectividad; desarrollar nuevas líneas de drogas encaminadas en especial al tratamiento de los pacientes que no responden a la terapéutica establecida; reducir los costos del tratamiento de la afección y aplicar la inmunoterapia específica en los pacientes tributarios de ella, como medida terapéutica de probada eficacia.

¿En qué consistió el estudio llevado a cabo y sobre qué población se realizó?

Consistió en evaluar la sibilancia asociada a otros síntomas respiratorios considerados como los más frecuentes en el diagnóstico de asma, con el objetivo de estimar la prevalencia de la enfermedad mediante cinco criterios clínicos, con el ánimo de contribuir a mejorar la calidad del diagnóstico.

Se realizó en una población de 3 026 adolescentes de 13 a 14 años, 1 406 (46.5%) varones y 1 620 (53.5%) mujeres, que participaron en el *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) Fase I Cuba, en el período 2002-2004. De los 15 municipios de la Ciudad de la Habana se seleccionaron en forma aleatoria los de Playa y Marianao, con población urbana metropolitana, situados en zonas costera y no costera, respectivamente. En cada uno de ellos se aplicó un muestreo por conglomerado donde quedaron seleccionadas 18 escuelas secundarias básicas y, a su vez, en las aulas de cada escuela se incluyeron todos los niños de 13 y 14 años. Se aplicó en cada una el cuestionario recomendado por el ISAAC, por parte de los investigadores

adiestra dos, previa coordinación y autorización de la Dirección Nacional de Educación, las direcciones de las escuelas y el consentimiento informado de padres y adolescentes. Se aplicaron el cuestionario estandarizado y validado mediante evaluación médica, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 81% y un cuestionario por video (versión internacional AVQ 3.0), también validado para el diagnóstico de asma. La muestra utilizada supuso una potencia estadística del 99%, capaz de detectar pequeñas diferencias entre un 5% y un 3% con un nivel de significación del 5%.

¿Qué porcentaje de los adolescentes incluidos en el estudio desconocía tener la enfermedad?

Primero debe conocerse que en nuestro trabajo fue tomado, como patrón de comparación, el diagnóstico de asma asumido por el estudio ISAAC. La prevalencia activa de asma referida fue del 17.8%; la acumulada, del 29.9%, y la frecuencia de diagnóstico de asma ascendió al 30.9%. Todos los que declararon haber tenido episodios de sibilancia alguna vez y en los últimos 12 meses tenían conocimiento de padecer la enfermedad.

En el estudio de los 17 centros ISAAC de América latina no se informaron diferencias tan marcadas entre el diagnóstico referido de asma y la prevalencia activa. Las causas a que atribuimos nuestros hallazgos se deben, en primer lugar, a la posibilidad de atención médica con mejor y más temprano diagnóstico que permite la amplia cobertura del Sistema de Salud Cubano. También el hecho de que la frecuencia del diagnóstico de la enfermedad y la prevalencia acumulada coincidan permite considerar una segunda posibilidad: que parte de los diagnósticos realizados hayan sido en edades tempranas de la vida, período en que los episodios de sibilancia se relacionan con infecciones respiratorias de causa viral, muy frecuentes en nuestra población.

¿Cómo se sitúa la población cubana en referencia al resto de Latinoamérica para la prevalencia de asma?

Para dar esta respuesta seguiremos refiriéndonos al estudio ISAAC Internacional, cuyo objetivo es poder establecer comparaciones de las prevalencias entre regiones y países.

América latina, en su estudio ISAAC Fase I, en 17 centros de diferentes países encontró una prevalencia acumulada de 5.5% a 28.0%, y la prevalencia acumulada de Cuba es de 29.9%. Nuestra prevalencia activa es de 17.8% y el intervalo para América latina va de 6.6% a 27.0%. La prevalencia acumulada del centro Playa-Marianao, Cuba, resultó ser la más elevada al compararla con los centros de América latina, aunque muy discretamente. La prevalencia activa que mostró este centro se sitúa en límites intermedios de lo informado por el estudio de América latina.

En su opinión, ¿cuál es el mejor método diagnóstico para detectar el asma?

Consideramos que el mejor método diagnóstico de esta dolencia sigue siendo eminentemente clínico, a pesar del desarrollo alcanzado en los conocimientos de su fisiopatología, etiopatogenia y la incorporación creciente de diferentes técnicas para diagnóstico, que contribuyen a mejorarlo aunque ninguna es concluyente en forma aislada. El pilar fundamental del diagnóstico clínico es la anamnesis, basada en el antecedente alérgico familiar y personal; el carácter recurrente de los episodios; la relación de los síntomas con factores de riesgo y la respuesta al tratamiento antiasmático, fundamentalmente a los broncodilatadores, apoyado por un minucioso examen físico. El estudio de la función pulmonar actualmente se considera de gran utilidad, en niños mayores de 5 años, para el diagnóstico y el seguimiento pronóstico, así como en la selección del tratamiento de acuerdo con la gravedad clínica.

A pesar de que la sibilancia es el signo más frecuente del asma y que es asumida por el ISAAC y el ECRHS como diagnóstico de la entidad, para estudios poblacionales el síntoma aislado no permite catalogar como asmático a un sujeto, ya que deben valorarse otros factores antes mencionados.

¿Cuáles son las principales causas predisponentes para contraer asma?

El asma es el resultado de la interacción de los factores predisponentes, también señalados como del hospedero y los del medio ambiente. Estos últimos, clasificados como causales, contribuyentes y exacerbantes, y en la literatura más reciente como los que influyen en la susceptibilidad para contraer la enfermedad en las personas predispuestas, además de causantes de las exacerbaciones o la persistencia de los síntomas.

Las principales causas predisponentes para la afección están relacionadas con las características o condiciones intrínsecas del individuo, que lo predisponen o protegen de la enfermedad. Estos factores son: genéticos, hiperreactividad bronquial, sexo, raza y étnicos.

Los factores genéticos comprenden la predisposición a contraer tanto el asma como la atopia, considerada como la producción anormal de Acs. IgE en respuesta a la exposición a alérgenos ambientales. La hiperreactividad bronquial, que es la respuesta exagerada de la musculatura bronquial a diversos estímulos, específicos o no, que conlleva al estrechamiento de las vías aéreas y que se asocia con la hiperproducción de IgE y la inflamación de las vías aéreas.

El sexo masculino se considera más afectado que el femenino durante la infancia, hecho que se relaciona con el menor calibre de las vías aéreas, el mayor tono de éstas y los niveles elevados de IgE. Aunque existen datos de que estas diferencias desaparecen en la adolescencia.

Los factores racial y étnico se encuentran asociados fundamentalmente a las condiciones económica, social y medioambiental.

¿Cual es el futuro en el tratamiento del asma?

Los glucocorticoides inhalados constituyen la terapia de elección para el asma persistente, pero no todos los pacientes responden favorablemente a dicha terapéutica, por lo que se requiere adicionar otros fármacos para un número no despreciable de individuos. En el futuro deberán considerarse las diferentes repuestas de este grupo de enfermos en el desarrollo de nuevos medicamentos, tomando en cuenta la accesibilidad a éstos.

En la actualidad, muchos productos ya se emplean en el tratamiento o transitan por diferentes etapas de los ensayos clínicos, con el propósito de dar respuesta al reto que constituye la disponibilidad de drogas para el control del asma.

Los fármacos más recientes van dirigidos a actuar sobre las diferentes moléculas, anticuerpos o células que participan en sus alteraciones inmunológicas. Entre estos productos se encuentran los moduladores de las citoquinas, las vacunas de ADN bacteriano y el anticuerpo monoclonal anti IgE, este último, ya aprobado como agente terapéutico.

Otra parte importante del futuro del tratamiento está basada en la terapia genética, interés despertado por las diferentes respuestas clínicas a que nos enfrentamos en el asma. El campo de la farmacogenómica promete el empleo de la terapia individualizada basada en el genotipo. En este sentido se realizan relevantes estudios sobre la participación del polimorfismo genético de los receptores agonistas Beta₂ y de los receptores antagonistas de los leucotrienos.

La prevención es menos costosa que la curación, por lo que el énfasis en la prevención, especialmente la primaria, relacionada con factores prenatales y perinatales seguirá siendo uno de los aspectos más investigados y promovidos.

Evitar los factores de riesgo y la inmunoterapia específica son estimados como medidas que pueden cambiar el curso de la enfermedad, lo que nos orienta a una mayor difusión de los conocimientos sobre dichos factores, así como extender y hacer uso de una buena práctica de la inmunoterapia específica.

Finalmente, podemos decir que los mayores esfuerzos que se hacen en la medicación actual y futura, están orientados a la terapéutica individualizada y a los fármacos capaces de cumplir con los requerimientos de costo-efectividad para mejorar el control de la enfermedad.

¿Qué aspecto considera esencial en el tratamiento del asma?

Considero esencial en este tratamiento la educación, porque hay pruebas de que contribuye a reducir, la morbimortalidad, las ausencias escolares y laborales y los costos directos, indirectos e intangibles que ella ocasiona.

La educación debe impartirse a enfermos, familiares, personal del sistema de salud, incluyendo sus planificadores, así como maestros y trabajadores de instituciones para niños y adolescentes.

Estimo que es una medida de intervención con grandes posibilidades de ser aplicada en países de bajos ingresos; hoy se sabe que muchos países en vías de desarrollo tienen prevalencias elevadas de la enfermedad.

El asma es un problema de salud para nuestra población, por lo que hemos introducido la educación en nuestra práctica diaria, como un programa para el manejo de nuestros enfermos, con resultados satisfactorios. A pesar de que el desafío actual es conocer por qué sigue aumentando la prevalencia del asma, no ha sido vencido el reto de educar a los que lo requieren.